

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Léon TURETTES-LAVENTURE

Né à Ossun (Hautes-Pyrénées), le 27 août 1882

Contribution à l'Étude

DU

TRAITEMENT DES

Tuberculoses Externes Suppurées

(Ponctions et Injections)

Président : M. ALBERT ROBIN, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15. RUE RACINE, 15

1910

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
	ROGER
Clinique médicale.	HAYEM
	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSEIME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

*En témoignage de ma filiale
affection*

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR ALBERT ROBIN

Professeur de Clinique thérapeutique

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôpital Beaujon

Commandeur de la Légion d'honneur

A MON CHER ET VÉNÉRÉ MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CALOT

Chirurgien en Chef de l'Hôpital Rothschild,
de l'Hôpital Cazin, de l'Hôpital de l'Oise,
du Dispensaire et de l'Institut Orthopédique de Berck

Contribution à l'Étude
DU
TRAITEMENT DES
Tuberculoses Externes Suppurées

AVANT-PROPOS

Au moment où je termine mes études médicales, je tiens à remercier, ici, les maîtres dont j'ai reçu l'enseignement.

M. le Dr Calot me fit, il y a quatre ans, l'honneur de me confier une place d'interne dans l'un de ses services.

En lui dédiant cette thèse, je n'ai pas la prétention de m'acquitter de la dette de reconnaissance que j'ai contractée envers lui, pour tout ce que j'ai appris sous sa direction, et pour les nombreux services que je dois à son obligeante bienveillance à mon égard. Je le prie cependant d'accepter cette dédicace comme

un témoignage de la profonde gratitude que je lui ai vouée pour la vie.

Je remercie tout particulièrement M. le professeur Robin de l'honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de ma thèse.

J'adresse l'expression de ma reconnaissance à MM. les professeurs Gilbert-Ballet, Dieulafoy, Reclus et à MM. les D^{rs} Sébilleau et Doléris auprès desquels j'ai accompli mes stages hospitaliers et dont je suis fier d'avoir été l'élève.

INTRODUCTION

Les lésions que détermine la tuberculose au niveau d'un os, d'une articulation, d'un ganglion, etc... passent par toute une série de stades dont l'ultime est *presque toujours* la **suppuration** ou plus exactement la **caséification** et le **ramollissement**.

On se trouve alors en présence d'une collection purulente, d'une véritable poche contenant une matière liquide ou semi-liquide : l'**abcès froid classique**.

C'est précisément le **traitement** de cet *abcès froid* que nous aurons en vue dans notre travail, que cet abcès froid siège *au niveau* de son point d'origine, d'un ganglion par exemple ; ou bien, qu'il soit *au voisinage* ou *à distance* de son point d'origine (abcès de coxalgie, de tumeur blanche, abcès par congestion du mal de Pott).

A l'heure actuelle, on connaît généralement les *graves complications* qu'amènent les fistules consécutives à l'ouverture *spontanée* ou *chirurgicale* des abcès froids. De l'avis de tous ou presque tous l'on doit surtout ne pas ouvrir ces abcès froids ; bien au contraire il faut empêcher leur ouverture spontanée

en faisant pour cela des ponctions et des injections modificatrices.

Mais ce *traitement* n'est pas une *nouveauté* dans l'histoire de la médecine, car pendant la première moitié du siècle dernier, plusieurs chirurgiens : BOYER, Marc-Antoine PETIT, Jules GUÉRIN, pour ne citer que les principaux, avaient reconnu la *supériorité* de la **ponction étroite** sur l'**incision** pour obtenir la guérison des *abcès froids*.

BONNET fut le premier qui eut l'idée de faire suivre la **ponction** d'une **injection irritante**, appliquant ainsi aux *affections tuberculeuses* le traitement déjà en usage pour la cure de l'*hydrocèle*.

Malheureusement les procédés utilisés à cette époque pour appliquer ce traitement étaient trop imparfaits, et c'est pour cela que le traitement des abcès froids par des ponctions et des injections modificatrices, qui donne aujourd'hui de si beaux résultats, n'obtint pendant longtemps que de rares et médiocres succès.

C'est ainsi que BOYER, pour pratiquer *une ponction* se servait tout simplement d'un *bistouri étroit* qu'il enfonçait **très obliquement** au point *déclive* de la tumeur ; puis après avoir *pressé* légèrement sur celle-ci pour faire sortir le pus, il rapprochait les lèvres de la blessure au moyen d'un emplâtre agglutinatif. Quelques jours après il faisait une nouvelle ponction. Il eut ainsi *quelquefois* la chance de voir des abcès se tarir.

Marc-Antoine PETIT employait aussi un *couteau*

étroit, mais il vidait l'abcès par *aspiration* au moyen d'une *ventouse* plutôt que par la *pression manuelle*, ainsi que le faisait Boyer.

Jules GUÉRIN faisait mieux encore. Au lieu du bistouri qui ne faisait qu'une ouverture facilement bouchée par le passage des grumeaux caséeux du pus il se servait d'un *trocart plat* auquel il adaptait une *seringue aspiratrice*.

Mais *presque toujours* les ponctions, même longtemps répétées étaient insuffisantes pour amener la disparition *définitive* des *abcès* ; car après chaque ponction le liquide se reproduisait très rapidement. C'est surtout pour lutter contre cette reproduction continuelle du liquide après les ponctions simples, que Bonnet imagina de faire dans tous les abcès froids, après les ponctions au moyen du trocart, des *injections de liquides irritants*.

Ces *injections*, pensait-il, devaient amener « *la conversion* des *abcès froids*, en *abcès chauds* ». L'avantage de cette modification consistait, d'après Bonnet, dans ce fait que « les *abcès froids* ont tendance à rester *stationnaires* », tandis que les *abcès chauds* évoluent rapidement vers la *cicatrisation*.

Les *liquides* que Bonnet injectait dans les abcès froids étaient les *mêmes* que ceux qu'on employait alors dans le traitement de l'*hydrocèle*. C'étaient le *vin aromatique*, l'*eau-de-vie camphrée*, la *teinture d'iode diluée*, une solution d'*iode* dans l'eau avec une quantité d'*iodure de potassium* double de celle de l'*iode*.

Mais, malgré les quelques résultats encourageants, obtenus par ce traitement dans certains cas de tumeurs blanches suppurées dont les observations sont rapportées dans le *Traité des Maladies des Articulations*, Bonnet pratiqua souvent encore l'*incision* au bistouri des abcès froids.

Il ne savait pas éviter la *fistulisation* de la petite ouverture faite par le *trocart* et si quelquefois la fistule ne se formait pas dès la première ponction elle ne manquait jamais après les autres.

Dans ces conditions, le seul bénéfice qu'on retirait des ponctions et injections était l'espoir de déterminer par leur influence une cicatrisation plus rapide que si l'abcès avait été abandonné à lui-même ou incisé d'emblée.

Par la suite, le traitement par *ponctions et injections* fut de plus en plus délaissé au point que Saint-Germain déclarait que « la *ponction* des abcès froids est sous ses allures timorées **plus redoutable** que l'*incision* ».

On pourrait croire à première vue que, si Bonnet et ceux qui l'imitèrent n'obtinrent pas plus de succès malgré le grand nombre de tuberculoses suppurées qu'ils devaient soigner, c'est parce qu'ils ignoraient les règles de l'**antisepsie** dont l'application est aujourd'hui un facteur si important dans le pronostic des interventions chirurgicales.

Cependant *actuellement* encore, *malgré* la pratique de l'*antisepsie* et de l'*asepsie* nous voyons tant de malades porteurs de fistules que leur médecin n'a

pas *su* éviter, ou qu'il a même faites avec son bistouri, *quelquefois* après avoir *essayé* sans succès de la *ponction*. Nous croyons que si les fautes d'asepsie restent encore les causes les plus fréquentes de ces échecs, elles ne sont pas les *seules* dans un très grand nombre de cas.

Faire aseptiquement une ponction et une injection n'est pas chose bien difficile. Mais il est rare que cela suffise pour savoir guérir *sûrement* un abcès froid.

Il importe beaucoup en effet pour le pronostic que le traitement soit commencé *à temps*, qu'on fasse *assez* et *pas trop* de ponctions et d'injections, etc.

C'est à la mise au point de ces questions que notre maître, le Dr CALOT, a apporté tous ses soins et l'autorité de sa grande expérience pour en faire une vraie méthode qui porte son nom à juste titre, bien que le principe remonte, nous l'avons déjà dit, à plus de soixante-dix ans.

Les grandes lignes de cette **méthode** ont été publiées à plusieurs reprises dans les ouvrages de notre maître.

Nous avons cru cependant intéressant de faire une description *minutieuse* de l'**instrumentation**, de la **technique**, des **divers incidents** qui peuvent survenir pendant la ponction ou au cours du traitement.

Nous indiquerons, chemin faisant, le mode d'action des injections modificatrices, problème aujourd'hui résolu grâce aux travaux sortis récemment du laboratoire du Professeur Robin.

CHAPITRE PREMIER

INSTRUMENTATION

L'instrumentation nécessaire pour *tout* le traitement des abcès froids, par *ponctions et injections*, n'est pas bien compliquée, puisqu'elle est tout entière renfermée dans une petite boîte métallique, qui peut être stérilisée avec son contenu.

Dans cette boîte nous trouvons un *aspirateur Calot*, une *seringue* de verre, *quatre aiguilles*, *quatre débouchoirs*.

I. — **Aspirateur** (fig. 1).— D'une capacité utile de 10 centimètres cubes, cet instrument est *entièrement démontable*, ce qui facilite son nettoyage et sa désinfection. Le corps de pompe est composé d'un tube de verre maintenu dans une armature métallique : cette dernière porte un robinet S dont la tubulure J s'adapte à frottement sur l'aiguille à ponction. Cette armature est munie, à son extrémité opposée au robinet, d'une douille taraudée E destinée à maintenir en place le tube de verre et à le coincer contre deux rondelles de caoutchouc R, disposition qui a le double

avantage d'assurer un démontage presque instantané et une étanchéité parfaite.

Dans ce *tube de verre* se meut un piston composé d'un *tampon d'amiante extensible* K, serré entre deux rondelles de métal LM. Il est commandé par une tige munie d'une poignée et d'un écrou moleté V. En serrant ou en desserrant cet écrou, on augmente ou on diminue à volonté le diamètre du tampon d'amiante. En serrant on assure l'étanchéité du piston : en desserrant on facilite le démontage de l'appareil.

La tige du piston est munie en outre d'un cran d'arrêt I destiné à le bloquer en haut de course. Après ce mouvement, l'aspirateur est *armé* ; la main droite seule suffit à le tenir, tandis que la main gauche reste libre.

Tel qu'il est cet instrument est très commode à manier et peut servir à toute ponction d'abcès froid.

En présence d'une *vaste collection* purulente, d'origine pottique, par exemple, d'une capacité de plusieurs centaines de centimètres cubes, on serait tenté, semble-t-il, de trouver les dimensions de l'aspiration *trop petites*. Mais quand on traite des affections chroniques il faut savoir être patient, et se résigner à passer quelques minutes de plus à évacuer une collection froide plutôt que de risquer d'en éroder les parois par une aspiration trop rapide et trop puissante.

D'autre part, en présence d'une *collection minime*, un petit abcès costal ou ganglionnaire, cette capacité de 10 centimètres cubes peut être *trop forte*.

Pour remédier à l'évacuation trop brutale du liquide il est bon, dans ce cas, de n'ouvrir qu'à peine le robinet afin de permettre au pus de venir seulement goutte à goutte. Le robinet est ensuite fermé aussitôt

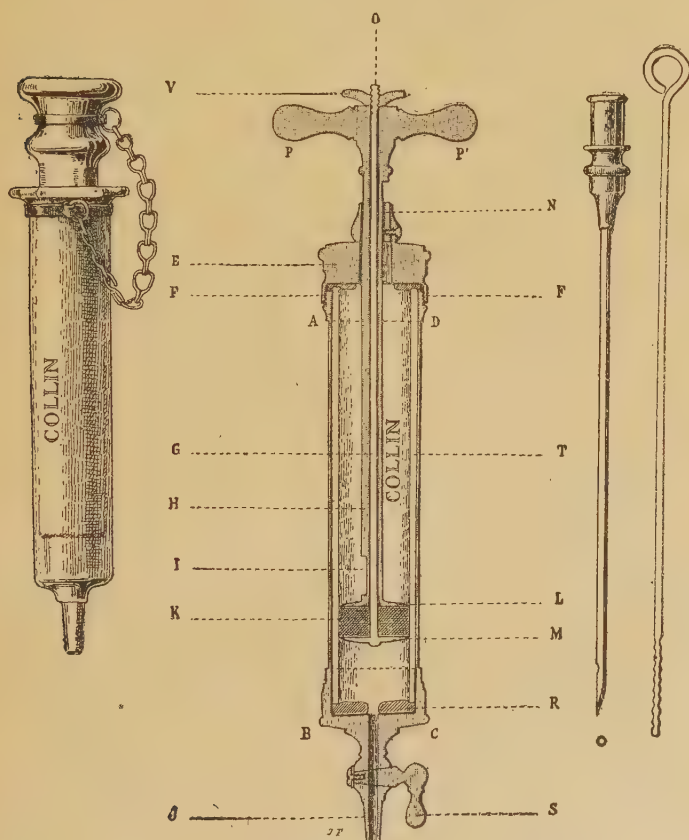


FIG. I. — Seringue, Aspirateur, Aiguille, Débouchoir (Collin).

que les parois de l'abcès paraissent accolées, ou que le pus se teinte de sang.

II. — **Seringue.** — La *seringue* qui est dans la boîte à côté de l'aspirateur est toute en verre et du

genre Lüer. Sa contenance, qui est marquée en centimètres cubes sur le corps de pompe, est de 10 centimètres cubes comme celle de l'aspirateur. C'est avec cette seringue que l'on fait les injections modificatrices.

III. — **Aiguilles** — Les *aiguilles* sont généralement en *acier nickelé*, car les aiguilles en *platine* de ces dimensions sont trop coûteuses. Ces aiguilles sont au nombre de *quatre*. Elles mesurent une longueur de 0 m. 09, et ont chacune un calibre *différent* que nous indiquons ici.

Aiguilles	Calibre extérieur	Calibre intérieur
N° 1.....	0 mm. 85.....	0 mm. 65
N° 2.....	1 mm. 15.....	0 mm. 75
N° 3.....	1 mm. 55.....	1 mm. 10
N° 4.....	2 mm	1 mm. 55

Pourquoi ces **quatre** aiguilles de calibres différents au lieu d'une seule ou d'un seul modèle ? C'est parce que le médecin prudent doit toujours avoir la préoccupation, lorsqu'il ponctionne un abcès froid, de faire dans la paroi de cet abcès la **plus petite ouverture** possible ; toujours, dans la crainte que cette *ouverture* si elle est *trop grande* ne devienne une *fistule*. Par conséquent, lorsque l'aiguille n° 3 sera suffisante pour laisser s'écouler le pus bien *fluide* d'un abcès *mûr* il est naturellement préférable de ponctionner avec cette aiguille plutôt qu'avec le n° 4.

Dans aucun cas il ne faut se servir d'un trocart *plus gros* que l'aiguille n° 4.

Le n° 1 ne sert qu'à faire des *injections*, lorsqu'on ne fait pas de ponction *préalable*. Il y a des abcès dont le contenu est très liquide et qui peut facilement être aspiré par l'aiguille n° 2. C'est dans ces cas que cette aiguille a son utilité.

A 1 centimètre environ de l'extrémité de leur pointe ces aiguilles portent une *seconde* ouverture ou *œil latéral*. Cet orifice est utile surtout dans les cas où un grumeau caséux ou bien un débris osseux vient boucher l'extrémité de l'aiguille : le pus continue alors à être aspiré par cet œil latéral.

L'autre extrémité de l'aiguille est constituée par un ajutage qui s'adapte à l'embout de la seringue et de l'aspirateur.

IV. — **Débouchoirs.** — Chaque aiguille est accompagnée d'un *débouchoir*. Ce petit instrument sert à nettoyer les aiguilles et est utilisé également, comme nous le verrons, dans le cas où l'aiguille se bouche pendant la ponction. Il est formé d'une tige d'acier d'une longueur supérieure de 0 m. 003 à celle des aiguilles et d'un calibre légèrement inférieur à celui de l'aiguille du même numéro. L'une des extrémités est tournée en pas de vis sur une longueur de 1 centimètre. A l'autre bout est adapté un anneau qui permet de tenir commodément l'instrument.

En plus de cette boîte d'instruments, le médecin doit avoir à sa disposition, au moment où il veut

faire une ponction : un flacon de *teinture d'iode* pour la *stérilisation* de la région où l'on doit piquer l'aiguille, un *tube de chlorure d'éthyle* pour l'*anesthésie* locale, un *godet* de porcelaine où il pourra verser le liquide à injecter pour charger plus commodément la seringue, de la *gaze* et du *coton stérilisés* et enfin des *bandes Velpeau* pour maintenir le pansement.

Stérilisation des instruments

En raison même du petit volume de l'instrumentation on n'a pas besoin d'appareils coûteux pour en faire la stérilisation.

Dans une *bouilloire* quelconque contenant une solution de borate de soude (20 gr. par litre) on place la *boîte* des instruments *tout ouverte* et on ouvre aussi le robinet de l'aspirateur. De plus, il ne faut pas que l'eau de la bouilloire soit trop chaude au moment où on y place l'aspirateur et la seringue, car le verre pourrait se briser. L'ébullition ensuite obtenue est prolongée durant une demi-heure. (La solution de borate de soude à 20/1000 ne bout qu'à 105 ou 106 degrés).

Parfois, pour aller plus vite, pour stériliser les *aiguilles* on se contente de les *flamber*. Mais ce moyen n'est pas à recommander ; car, si l'aiguille est trop chauffée, elle s'abîme et la couche de nickel s'enlève.

Si au contraire, elle est retirée très vite de la flamme il peut arriver que la stérilisation soit imparfaite.

Il ne faut pas oublier non plus de stériliser par ébullition ou à la flamme le *godet* de porcelaine.

CHAPITRE II

LIQUIDES MODIFICATEURS A INJECTER

On a proposé et essayé l'emploi, pour les injections dans les abcès froids, des **liquides** les plus **divers** : vin aromatique, éther, alcool, teinture d'iode, naphthol, phénol, huile ou glycérine iodoformée, huile goménolée, essence de térébenthine, nucléinate de soude, etc., etc...

De leur *multiplicité* même, nous pouvons conclure que si **tous** ont pu donner de bons résultats, **pas un** n'est **spécifique** ou que tout au moins pas un n'est à l'abri de toute critique.

Nous nous bornerons ici à l'étude des liquides les plus en faveur à l'heure actuelle.

Le naphthol camphré est de tous celui qui a donné lieu aux plus vives discussions. Sans vouloir reprendre tout son procès, nous nous contenterons de dire que *tous les accidents* qu'on lui a attribués seront évités si l'on a soin d'employer non pas le *naphthol camphré* **seul**, mais le *naphthol camphré* mélangé à la **glycérine**, suivant le mode de préparation que voici :

Une partie de *naphtol camphré* et **six** parties de *glycérine* sont mélangées dans un mortier et *triturées* soigneusement au pilon pendant *deux ou trois minutes*. Pour s'assurer que le mélange est bien fait, on en laisse tomber une goutte dans de l'eau ; cette goutte doit disparaître après agitation de l'eau (fig. 2).

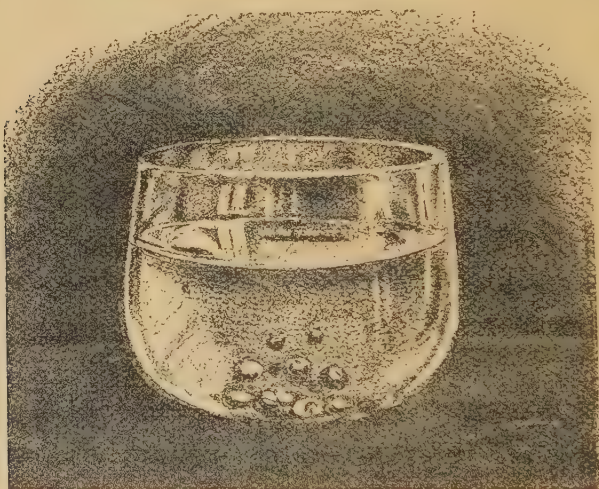


FIG. 2. — Le naphtol camphré pur dans l'eau. Si on laisse tomber dans l'eau quelques gouttes de naphtol camphré il y reste à l'état de sphérules autonomes, qui si elles passaient dans le sang pourraient provoquer des embolies. Ces sphérules ne se produisent pas si le naphtol camphré est bien mélangé avec de la glycérine et que la glycérine soit en quantité suffisante.

On peut également faire le mélange en versant les deux substances, *naphtol* et *glycérine* dans un flacon bien bouché qu'on *agite vigoureusement* pendant *deux minutes* ; après quoi, l'on fait le contrôle comme précédemment.

Mais ce mélange, pour si bien fait qu'il soit, est très *instable* et doit être préparé *immédiatement* avant son emploi.

L'**huile iodoformée créosotée** est avec le naphtol camphré glyceriné le liquide que nous employons le plus volontiers.

Voici sa formule :

Huile d'olives stérilisée	70 grammes
Ether.....	30 »
Créosote	5 »
Gaïacol	3 »
Iodoforme.....	10 »

Indications de chacun de ces deux liquides

Le *naphtol camphré* doit être préféré quand le contenu de l'abcès est *grumeleux* et que les parois sont *fongueuses*.

L'*huile iodoformée créosotée* est plutôt indiquée quand il s'agit d'un abcès *bien mûr*, à contenu *très fluide*, sans *fongosités* et sans *grumeaux*.

Parmi *les autres* liquides en faveur, il faut citer encore l'**éther iodoformé** et l'**huile goménolée**.

L'**éther iodoformé** a donné souvent d'excellents résultats : cependant, injecté dans certains abcès volumineux du mal de Pott, il peut produire parfois des décollements considérables en faisant éclater les parois de la poche ; et cela arrive, même lorsqu'on a soin de laisser sortir une partie de l'éther par le trou de ponction.

L'**huile goménolée** a été pendant quelques mois

fort à la mode ; nous l'avons vu employer ; elle nous a paru ne pas donner des résultats aussi *certain*s, aussi mathématiques, dirons-nous, que le *naphtol camphré*.

Mais si nous conseillons l'emploi du **naphtol camphré glycérimé** et de l'**huile créosotée iodoformée**, nous ne *condamnons pas absolument* les autres liquides. Avec tous ou presque tous les liquides modificateurs que nous avons énumérés, il est possible d'arriver au but, c'est-à-dire à la guérison de l'abcès froid. Nous exprimerons notre pensée en disant : Il faut employer le liquide que l'on connaît le mieux.

Stérilisation des liquides modificateurs

La *glycérine* qui sert à composer le mélange *naphtol camphré glycérimé* doit être stérilisée par ébullition.

Pour l'*huile iodoformée créosotée*, on ne doit employer que de l'*huile d'olives désacidifiée*. On la fait bouillir (par l'ébullition l'huile de bonne qualité ne doit pas noircir). Après l'avoir laissé refroidir à 40 ou 45 degrés, on met successivement dans cette huile : l'*iodoforme*, la *créosote*, le *gaïacol* ; et, lorsqu'elle est froide, on ajoute l'*éther*.

Le *naphtol camphré* et l'*huile créosotée iodoformée* doivent être renfermés dans des flacons bien bouchés et placés à l'abri de la lumière ; car, sans cette précaution ils s'altèrent rapidement.

CHAPITRE III

TECHNIQUE PROPREMENT DITE

Mise en position du malade. — Le malade sera de préférence allongé sur une table plutôt que couché dans son lit et plutôt qu'assis. Le chirurgien aura ainsi plus de facilité à trouver pour lui-même l'attitude la plus commode, la moins fatigante. De plus, la table sera placée en bonne lumière, de façon à ce que la partie du corps du malade, sur laquelle aura lieu l'intervention, soit très bien éclairée.

Les instruments et les accessoires du pansement, préparés à l'avance, doivent être à portée de la main du chirurgien.

Toilette de la région

Le chirurgien se souviendra qu'il doit être d'une asepsie absolue et se conduire comme s'il se trouvait en présence d'une laparotomie. Pour n'être pas aussi immédiat, le danger n'en existe pas moins, aussi redoutable. Combien de pottiques sont devenus

fistuleux, se sont cachectisés lentement et ont fini par succomber, parce que leur médecin, pressé ou distrait, n'a pas suffisamment stérilisé ses instruments ou ses mains. Au lieu du dramatique décès causé par la péritonite aiguë, le malheureux a fini par s'éteindre, six mois, un an, plus longtemps peut-être, après le néfaste moment de négligence.

Nous n'entrerons pas dans de longs détails sur la façon d'assurer l'aseptie. Savonnage et brossage des mains du chirurgien, lavage abondant au sublimé ou au permanganate, emploi des gants de caoutchouc, etc.

La toilette de la région où l'on fera la ponction donne lieu à quelques observations ; cette région sera rasée, au préalable, si cela est nécessaire.

Il ne nous paraît pas prudent de faire subir au patient le long *savonnage à la brosse* qu'on a recommandé parfois. Outre que ce procédé est assez long, il présente l'inconvénient d'*érailler* et de *fissurer* une peau *souvent déjà atteinte* dans sa vitalité : autant de risques d'infection post-opératoire qu'il est sage d'éviter. Autre inconvénient : si la peau est mince, l'abcès très tendu par la pression du liquide un coup de brosse malencontreux peut la faire éclater. Et puis, toute cette intervention ne va pas sans un brassage plus ou moins énergique ; or, si la tuberculose n'aime pas le bistouri, elle a autant de répulsion pour le traumatisme, quel qu'il soit.

Voici notre pratique personnelle.

Nous avons préparé à l'avance une large *compresse*

fenêtrée. Nous l'appliquons sur la région malade ; l'ouverture laisse à découvert un espace de 10 centimètres carrés, au niveau du point à ponctionner. Tout cet espace de peau est recouvert de *teinture d'iode*. Il faut avoir la précaution de *ne pas laver* la peau *avant* l'application de la teinture d'iode : les cellules cutanées s'imprègnent d'eau et empêchent la pénétration de l'iode (Walther).

L'application d'une *trop grande quantité* de teinture d'iode peut avoir des inconvénients au point de vue de l'*intégrité* des téguments ; il sera bon d'enlever le surplus au moyen d'un tampon imprégné d'alcool.

A défaut de teinture d'iode, une pratique qui nous a donné de bons résultats consiste à frotter pendant quelques secondes, au moyen d'un tampon de coton largement imbibé d'éther d'abord, d'alcool absolu ensuite.

Ponction proprement dite

La *ponction* doit toujours être *oblique*. Ne jamais enfoncer l'aiguille perpendiculairement à la peau, mais choisir son point de ponction de façon à ce que l'axe de l'aiguille fasse, avec le plan des téguments, un angle de 45 degrés au moins. En agissant ainsi, lorsque l'aiguille sera retirée, l'extrémité interne de l'orifice jouera le rôle de clapet et facilitera la cicatrisation de la petite plaie, en empêchant

le produit de sécrétion de l'abcès d'en contaminer les parois.

La toilette du malade étant terminée, on dispose dans une cuvette *ad hoc* sa seringue chargée du liquide modificateur. Il est bon également d'armer l'aspirateur et de le tenir prêt à être ajusté sur l'aiguille dès que celle-ci sera enfoncée. Parfois, en effet, aussitôt que la pointe a pénétré dans la collection, le pus jaillit et vient couler sur le champ opératoire, pendant que le chirurgien prépare son vide.

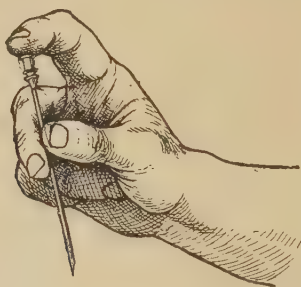


FIG. 3. — Manière de tenir l'aiguille.

L'*aiguille* est saisie de la main droite, le pouce et le médius l'enserrent vers le milieu de sa tige pour lui servir de guide : l'index vient se placer sur le pavillon (fig. 3). Le pouce et l'index de la main gauche, placés à 5 centimètres l'un de l'autre, immobilisent la peau du malade. Vous demandez à l'aide d'*insensibiliser* le point à piquer en projetant un jet de *chlorure d'éthyle* à l'endroit que vous lui indiquez au bout de l'aiguille.

Cette *insensibilisation* ne doit pas être poussée trop loin ; car la peau, devenue blanche, congelée,

devient très difficile à percer et, chose plus grave, peut s'ulcérer dans la suite provoquer une fistule. Dès que vous jugez l'anesthésie suffisante, *poussez* de votre index sur le pavillon de l'aiguille, d'une façon *continue, sans à-coups* ; avec un peu d'habitude, on perçoit très aisément l'instant où l'aiguille a percé la peau et l'on gradue son effort de façon à l'amener doucement jusqu'au sein de la collection.

Lorsque la coque fibreuse de l'abcès a une certaine épaisseur, il n'est pas rare de sentir, au moment où la pointe de l'aiguille la traverse, une résistance nettement appréciable, à condition toutefois que la pression de l'index ne soit pas trop brusque. Immédiatement après ce léger temps d'arrêt, l'aiguille pénètre, sans rencontrer aucune résistance, dans la masse fluide de la collection.

C'est cette sensation spéciale qui indique qu'on est parvenu dans la poche ; on reconnaît encore très aisément que l'aiguille est bien en place quand on imprime à son pavillon de petits mouvements de latéralité : la pointe *ballotte*, phénomène qui ne se produit pas quand elle s'est égarée dans le tissu musculaire.

Dans les cas d'abcès à contenu abondant, fluide, soumis à une certaine pression, le liquide vient sourdre à l'orifice extérieur de l'aiguille, parfois même s'écoule brusquement en un jet de plusieurs centimètres. En ce cas, il est bon d'avoir, à portée de la main, un tampon de coton hydrophile stérilisé avec lequel on entoure le point d'implantation pour

empêcher le pus de venir infecter la petite plaie opératoire.

Dès que l'aiguille est en place, la main gauche la saisit entre le pouce et l'index, tout près de son embout et l'immobilise. De la main droite, l'opérateur prend l'aspirateur déjà armé au préalable, comme nous l'avons indiqué plus haut, et en intro-



FIG. 4. — L'aspirateur où le vide a été fait est adapté à l'aiguille.

duit l'ajustage dans le pavillon de l'aiguille. Il ne faut pas se contenter d'un emboîtement superficiel, mais il faut, au contraire, engager l'ajustage à frottement *dur*, pour éviter toute fuite entre les deux instruments : l'aspiration se ferait mal et c'est de l'air au lieu du liquide qui s'introduirait dans le corps de pompe.

La main droite ne quitte pas l'aspirateur, elle maintient le tout en place en évitant toute secousse ; la main gauche ouvre le robinet et le pus jaillit (fig. 4).

Dès que l'aspirateur est rempli, ou que le pus ne s'écoule plus, la main gauche revient à son premier poste d'immobilisation de l'aiguille ; la main droite dégage l'aspirateur qu'on vide ensuite de son contenu dans la cuvette *ad hoc*, on arme de nouveau et la ponction reprend jusqu'à évacuation suffisante.

Certains auteurs recommandent de *malaxer* la poche purulente avec la main gauche pour activer l'écoulement du pus ; d'autres chirurgiens, peu

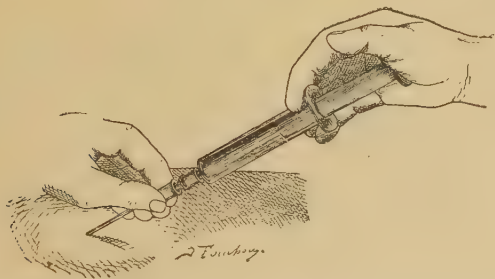


FIG. 5. — Injection après la ponction. La main droite pousse le liquide modificateur. La main gauche maintient l'aiguille pour éviter les déplacements.

patients, « *fourragent* » avec leur instrument, le retirent, l'enfoncent, l'inclinent à droite et à gauche. Ces diverses manœuvres ne facilitent que très faiblement l'opération et elles font courir le risque d'érailler la paroi de l'abcès et de blesser un organe voisin.

Quand doit-on arrêter l'aspiration ? — Il faut savoir s'arrêter à temps et, en règle générale, ne pas évacuer à fond. Si l'on s'aperçoit que le jet de pus devient rouge, se teinte de sang, il vaut mieux en rester là. Toutefois, à la fin du traitement, alors

qu'on a fait plusieurs ponctions suivies d'injections, on peut pousser l'aspiration jusqu'à évacuation complète ; la paroi de l'abcès est alors devenue assez résistante et le contenu est assez modifié pour qu'on n'ait plus à craindre d'inoculation.

L'aiguille reste en place ; l'aspirateur est alors mis de côté et l'on fait l'injection. Comme pour la ponction, la main gauche immobilise l'aiguille ; la main droite présente la seringue et pousse l'injection (fig. 5).

La *quantité* du liquide à injecter doit naturellement être en rapport avec la *capacité* de la cavité purulente. On peut donner, comme règle générale, qu'elle ne doit jamais être supérieure à la moitié du volume du pus évacué, pour les collections ne dépassant pas 20 centimètres cubes. Pour les grosses collections, d'abcès pottique par exemple, il est prudent de ne jamais injecter plus de 10 centimètres cubes d'*huile créosotée iodoformée* ou de *naphtol camphré glycéринé* surtout dans le cas d'abcès très superficiel, à fleur de peau.

L'injection terminée, on enlève à la fois, d'un mouvement rapide, aiguille et seringue ; on frotte la petite plaie au moyen d'un tampon imbibé d'alcool et l'on applique par-dessus un pansement à la gaze stérilisée, qu'on maintient légèrement serré au moyen d'une bande Velpeau.

Si la peau paraissait normale comme couleur et comme consistance avant la ponction, il n'y a pas intérêt à défaire ce pansement avant *quatre* ou *cinq*

jours : d'une façon générale, le liquide, ne se reforme pas assez rapidement pour nécessiter, avant cette date, une nouvelle intervention.

Nous venons d'exposer, dans ces quelques pages, les lignes générales qu'il faut suivre pour faire une ponction. Il y a lieu maintenant de donner quelques indications spéciales à certains cas particuliers.



FIG. 6. — Repérage des vaisseaux sanguins pour éviter de les piquer.

1° *Abscès au voisinage d'un vaisseau.* — Dans la coxalgie et le mal de Pott, les collections viennent fréquemment faire saillie dans le triangle de Scarpa, tout contre les gros vaisseaux fémoraux, sur un espace assez limité. On peut éviter facilement toute blessure de ces organes. La main gauche de l'opérateur jouera, dans ce cas, le rôle d'isolateur : la pulpe des doigts de cette main vient se placer directement sur l'artère (fig. 6), l'aiguille est placée contre eux,

parallèlement à leur face dorsale, à 1 centimètre environ et dirigée de telle façon que sa pointe, en s'enfonçant, s'éloigne de plus en plus des vaisseaux (fig. 7). On devra, d'ailleurs, suivre cette ligne de conduite chaque fois qu'on se trouvera à proximité d'un vaisseau important (creux poplité, cou, creux axillaire, pli du coude.)

2° *Abcès de la fosse iliaque interne.* — Ici nous

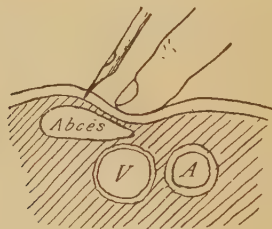


FIG. 7. — *Abcès situé en avant des vaisseaux.* L'abcès est repoussé par la pression du doigt. L'aiguille dirigée de dehors en dedans sur l'ongle ne risque pas d'atteindre la veine.

avons à éviter le péritoine et l'intestin. L'abcès est parfois volumineux et très superficiel, mais, souvent, il se trouve placé assez profondément (fig. 8). Le point d'implantation de l'aiguille devra se trouver à 1 centimètre en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure et à 1 centimètre au-dessus de l'arcade ; l'aiguille chemine d'abord perpendiculairement au plan de la peau, elle est ensuite inclinée en dehors de façon à raser la face interne de l'aile iliaque.

3° *Abcès latéro-pharyngien* (mal de Pott cervical supérieur) (fig. 9). — La ponction se fait par la face latérale du cou, contre le bord postérieur du sterno-

mastoïdien. La main gauche cherche l'apophyse transverse de la troisième cervicale ou de l'axis ; la main droite enfonce l'aiguille directement jusqu'à l'os, la pointe de l'aiguille chemine ensuite peu à peu,

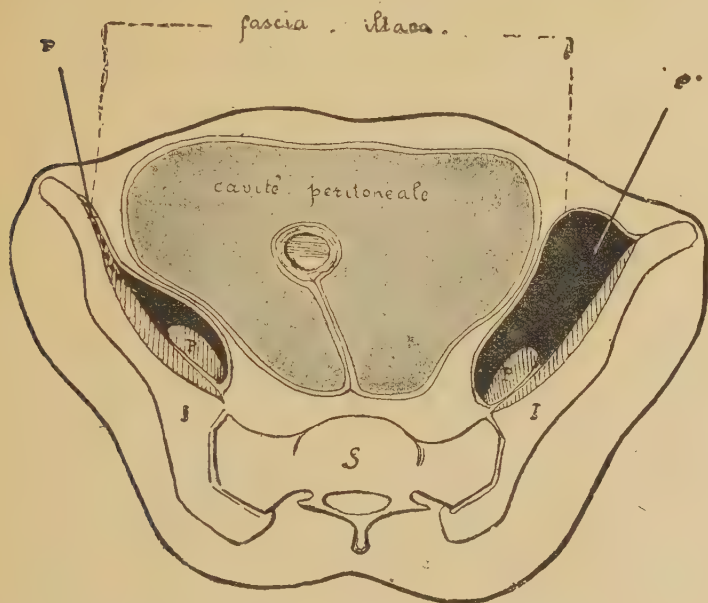


FIG. 8. — A droite gros abcès ayant envahi toute la fosse iliaque et ayant refoulé en dedans toute la masse intestinale que la ponction ne risque pas de blesser. A gauche stade moins avancé ; l'abcès se trouve à la partie postérieure de la fosse iliaque.

en rasant l'os, séparée des vaisseaux du cou par les muscles prévertébraux, long du cou, droit antérieur petit oblique.(fig. 10).

4° *Abcès à poches multiples ou en bissac, en sablier.* — Quand on se trouve en présence d'un abcès en bissac, par exemple dans le cas de certains abcès pottiques dont l'une des poches se trouve dans

la fosse iliaque interne et l'autre à la face antérieure de la cuisse ou dans la fesse (fig. 11) il faut ponctionner d'abord la poche la plus accessible ; cela suffira si la peau est normale. Mais si cette peau est fine et violacée il vaut mieux, pour la ménager par

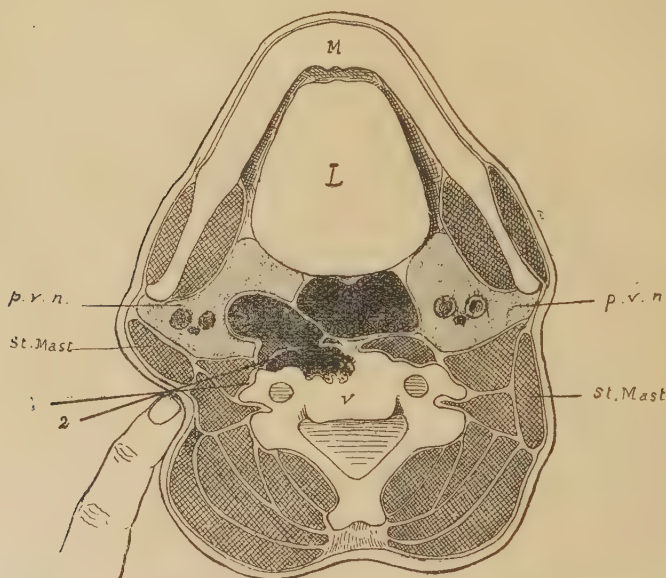


FIG. 9. — Ponction d'un abcès rétro-pharyngien venant du corps de la 3^e vertèbre cervicale et ne se manifestant par aucun signe clinique sur les parois latérales du cou. M, maxillaire inf. L. Langue. V. Vertèbre, p. v. n. Parquet vasculo-nerveux. L'aiguille est enfoncée en avant de l'apophyse transverse, elle rase l'os, en prenant d'abord la direction 1 puis la direction 2.

une évacuation plus complète du pus, ponctionner la poche profonde.

5° *Abcès superficiels à peau mince et rouge.* — La ponction doit être faite très obliquement, en peau saine. Le point d'implantation de l'aiguille doit se trouver au moins à deux travers de doigt de la zone

de peau altérée (fig. 12). Il sera prudent, dans ces cas, de recouvrir d'une compression la partie suspecte pour la protéger du contact de la teinture d'iode et surtout du chlorure d'éthyle qui en provoqueraient l'ulcération et l'ouverture. Il faut aussi

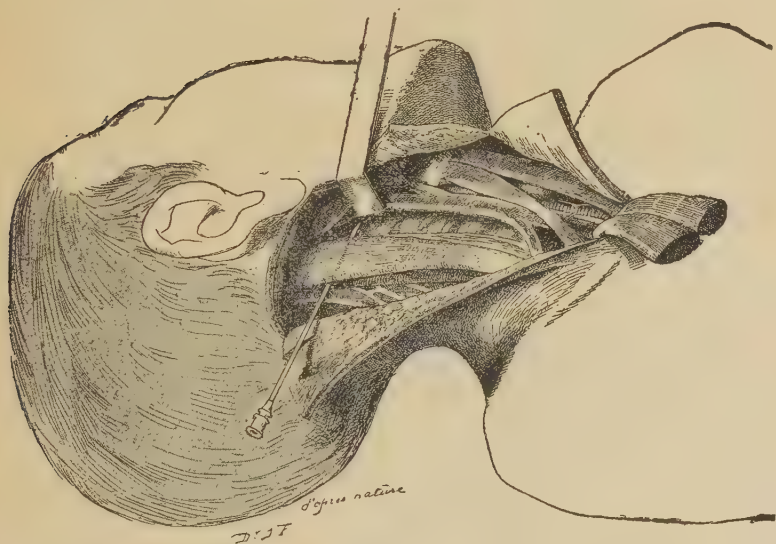


FIG. 10. — Dissection faite après introduction de l'aiguille pour montrer le trajet suivi. L'aiguille a pénétré au ras de la face antérieure des vertèbres en passant en arrière des muscles prévertébraux; le paquet vasculo-nerveux, qui était couché devant les muscles, a été fortement attiré en avant pour laisser voir la pointe de l'aiguille.

avoir soin de maintenir sa main gauche à plat sur toute la partie rouge pendant l'introduction de l'aiguille pour éviter que le léger excès de pression intérieure provoqué par la poussée de la main droite ne fasse éclater la paroi de l'abcès en ce point.

S'abstenir d'injection consécutive et renouveler fréquemment les ponctions jusqu'à ce que la peau soit redevenue normale. Chaque ponction sera suivie d'un pansement compressif.

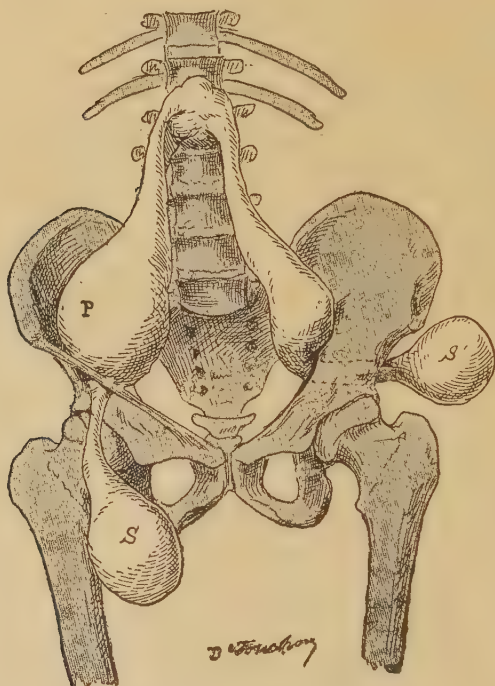


FIG. II. — Deux abcès en bissac.



FIG. 12. — Si la peau est déjà altérée en un point, faire la ponction en un point éloigné, dans la peau saine.

CHAPITRE IV

Quand faut-il commencer le traitement ? — Combien faut-il faire de ponctions et d'injections ? — A quels intervalles faut-il les faire ?

Il ne suffit pas, avons-nous dit, de savoir faire une ponction et une injection dans un abcès froid pour obtenir sûrement la guérison.

Parfois des médecins timorés ne savent pas se décider à ponctionner un abcès dans lequel cependant la fluctuation indique la présence d'une grande quantité de liquide.

Ils attendent tranquillement que le pus se *résorbe* tout seul. Le résultat le plus fréquent de cette temporisation est que la paroi de la collection, tirillée, distendue par l'augmentation du liquide contenu, s'amincit de plus en plus jusqu'à la simple épaisseur d'une pelure d'oignon. De là à la *rupture spontanée* avec toutes les complications qui en sont la conséquence presque fatale, il n'y a qu'un pas. Ce pas est toujours franchi si on ne tente pas, même en ce moment, de sauvegarder par *des ponctions* les quelques chances qui restent d'éviter cette ouverture.

Il est vrai que le médecin n'a souvent pas attendu jusque-là et s'est résigné trop souvent à inciser au bistouri l'abcès qui n'a pas voulu se résorber tout seul.

Mais alors même qu'on serait en présence d'un abcès en voie de *résorption spontanée*, alors même que cette résorption serait déjà avancée, il faut encore recourir au traitement que nous préconisons. Un abcès froid *modifié* par les liquides injectés guérit *plus sûrement* que celui qui disparaît sans traitement.

Il faut donc, dans la majorité des cas, commencer ce traitement *le plus tôt possible*, aussitôt que le diagnostic est fait.

Il y a quelques cas cependant où il y a avantage à patienter. C'est ainsi qu'il faut patienter lorsque l'abcès est situé profondément et que l'aiguille pour l'atteindre devrait traverser des zones dangereuses. Mais il faut surveiller l'évolution de cet abcès qui le plus souvent en se développant finit par devenir assez superficiel pour pouvoir être ponctionné sans danger.

Une seule ponction et une injection ne suffisent que *très rarement* pour guérir un abcès.

A la suite de nombreuses analyses de pus retiré d'abcès traités par des injections de naphthol camphré, on a reconnu que le nombre de bacilles tuberculeux diminue après chaque injection. (Dulac, Thèse de Paris, 1898.)

L'explication du mécanisme de cette action des

liquides modificateurs dans les abcès froids a été donnée par l'école du professeur Robin (voir Laurence, Thèse de Paris, 1909.)

Après **six** ou **huit injections** le pus qui remplit l'abcès ne contient généralement plus de bacilles et les parois sont suffisamment avivées, pour que, une fois accolées après une dernière ponction elles puissent se cicatriser.

Mais il faut donner au liquide modificateur le temps de produire tout son effet et c'est pourquoi il faut s'abstenir de faire des ponctions *trop rapprochées*. D'habitude on les espace de **huit à dix** jours à peu près, si la peau est en état de supporter la tension du pus.

Il n'est pas bon de *multiplier* les ponctions et les injections, ni de ponctionner *plusieurs fois* de suite au *même point* : on augmente ainsi les risques de la formation d'une ou plusieurs fistules.

Après qu'on a fait la **septième** ou **huitième** injection il faut se préoccuper de provoquer par l'accolement des parois la disparition de la cavité de l'abcès. On fait une *dernière* ponction pour évacuer le contenu qui est alors beaucoup plus liquide et d'une couleur plus foncée qu'au début du traitement.

Si l'abcès froid est situé dans un membre on obtient l'accolement des parois par une *compression méthodiquement faite*.

Cette compression, pour être efficace, doit être assez forte. Elle ne doit pas porter exclusivement sur la région de l'abcès si celui-ci siège près de la racine

du membre, car le segment inférieur gonflerait rapidement et la compression ne pourrait être supportée trop longtemps.



FIG. 13. — Tampon de coton hydrophile mouillé, disposé pour la compression de l'abcès après la série de ponctions.

Voici une bonne façon de faire une compression efficace quoique très tolérable pour le malade.

Après que l'abcès est vidé complètement nous appliquons sur la région une couche de gaze stérilisée, puis une couche de coton également stérilisé.

Par-dessus ce pansement nous plaçons un tampon d'ouate mouillée, suffisamment large pour couvrir grandement toute la surface de l'abcès (fig. 13).

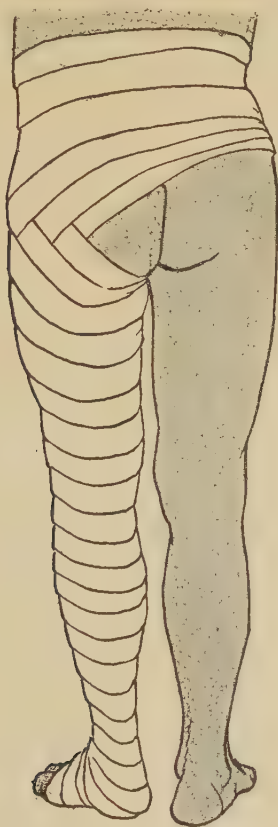


FIG. 14. — Bandage compressif partant des orteils pour amener l'accrolement des parois d'un abcès de la cuisse ou de l'aîne.

Ensuite, après avoir entouré de coton tout le membre depuis son extrémité jusqu'au-dessus de la région de l'abcès nous enroulons, autour, des bandes Velpeau en commençant à l'extrémité du pied ou

de la main (fig. 14). Trois ou quatre jours après on ajoute par-dessus le tout une ou deux bandes pour remédier au relâchement du premier bandage. -

Au bout de quinze à vingt jours le pansement compressif est enlevé. Le plus souvent alors, on ne trouve plus de fluctuation : l'abcès est guéri.

Mais si l'accolement des parois ne paraît pas parfait, s'il reste encore un peu de liquide dans la cavité incomplètement disparue, il est utile de faire une nouvelle compression.

CHAPITRE V

INCIDENTS QUI PEUVENT SURVENIR AU COURS D'UNE PONCTION

Divers incidents peuvent survenir **au cours** d'une ponction ; ce sont des incidents dont il est aisé de triompher, mais qu'il est important de bien connaître ; car ce sont eux qui, bien des fois, ont fait condamner la méthode, et ont été pour les chirurgiens des motifs ou plutôt des prétextes à intervention sanglante.

I. — Le diagnostic de collection purulente, d'abcès froid a été fait ; la ponction a été décidée. Après tous les préparatifs habituels et toutes les précautions que nous avons indiquées plus haut, l'aiguille est enfoncée.

Si l'on a affaire à une poche distendue, le pus jaillit à l'extrémité de l'aiguille. D'ordinaire, le pus ne vient qu'au moment où l'aspirateur est adapté. Mais parfois l'aspiration elle-même n'amène rien ; la ponction menace d'être blanche.

A quoi cela tient-il ?

1° Ou l'aspirateur ne fonctionne pas bien, ne fait pas le vide. On y remédie en réglant le piston à l'aide de la vis *ad hoc*.

2° Ou bien l'aiguille n'est pas encore arrivée au niveau de l'abcès ; elle ne donne pas alors à la main la sensation spéciale qui fait dire que l'on est dans une cavité. Il suffira de l'enfoncer un peu pour voir le pus faire irruption dans l'aspirateur.

3° Ou bien, au contraire, l'aiguille a dépassé le but ; la pointe est au delà de l'abcès. Ici encore pas de difficulté : on retirera l'aiguille de quelques centimètres et l'aspirateur se remplira de pus.

4° L'aiguille est bouchée par un grumeau caséux au début ou au cours d'une ponction. C'est là le cas le plus fréquent. Que faire ?

Il nous a été donné de voir certains chirurgiens appuyer fortement sur l'abcès lui-même, malaxer cet abcès pour tenter par des pressions énergiques de faire sortir le grumeau qui bouche. Un tel procédé est des plus déplorables ; il est souvent nuisible et presque toujours inutile : souvent nuisible parce qu'il fait saigner la paroi de l'abcès, presque toujours inutile parce que l'aiguille est et reste bouchée.

Au lieu d'essayer de faire sortir le grumeau, il est bien plus simple de le rejeter dans la cavité de l'abcès ; pour cela il suffit souvent de passer dans l'aiguille une petite tige métallique, le débouchoir qui accompagne l'aiguille dans la boîte de Collin. Ce débouchoir ne dépassant la pointe de l'aiguille

que de 3 millimètres ne risque pas d'aller traumatiser la paroi de l'abcès.

Si cela ne suffit pas, l'on peut encore, à l'aide de la *seringue*, *injecter quelques gouttes* d'un liquide modificateur (huile créosotée par exemple) qui repoussent devant elles les débris caséeux. On adapte de nouveau l'aspirateur et le pus vient. Et si au bout d'un instant l'aiguille se bouche de nouveau, on recommence à pousser quelques gouttes de liquide.

Dans les cas où les grumeaux sont vraiment *par trop nombreux*, patienter, ne pas vouloir à tout prix vider l'abcès, surtout si l'intégrité de la peau n'est pas menacée. Injecter et laisser à demeure une certaine quantité du liquide modificateur (naphtol camphré, huile iodoformée, etc.) qui fondra tous ces grumeaux ; et vingt-quatre ou quarante-huit heures après, on n'aura plus de difficultés à évacuer le pus.

II. — Un autre incident qui peut survenir au cours d'une ponction, c'est l'irruption de sang en plus ou moins grande quantité dans l'aspirateur.

1° Au début de la ponction, par exemple, le pus vient avec quelques stries de sang rouge ; c'est que l'aiguille, à son passage, a touché quelque petite artériole ou veinule. On ne doit pas s'en inquiéter et on doit continuer l'aspiration ; très rapidement le pus reprend son aspect normal.

2° Par contre, si l'aiguille a piqué un vaisseau de calibre important, le sang vient en plus grande abondance ; il vaut mieux alors retirer l'aiguille, renvoyer la ponction au lendemain ou au surlende-

main et se contenter de faire un peu de compression.

Mais ce sont là des cas tout à fait exceptionnels.

3° En règle générale, on ne voit venir le sang que lorsque le pus est évacué, lorsqu'on *aspire à vide* et que l'on détermine ainsi la rupture des capillaires contenus dans la paroi de l'abcès.

Nous avons dit que l'aspiration doit être arrêtée dès que le pus sort un peu teinté de sang ; et nous avons fait remarquer que précisément le petit volume relatif de l'aspirateur nous permet d'éviter cette hémorragie de la fin en nous mettant à l'abri d'une décompression trop brusque.

Si, par hasard, l'on a poussé l'aspiration un peu *trop loin*, si l'on a fait saigner la paroi, il faut savoir qu'à la ponction suivante on retirera un liquide noirâtre dû au mélange du sang épanché, plus ou moins modifié, et du pus.

III. — Autre incident : au moment où l'aiguille est retirée, nous pouvons voir sourdre, au niveau de l'orifice, une goutte de pus ou bien nous pouvons voir poindre un grameau.

Cela n'arrive guère si la ponction a été faite avec une aiguille numéro 3 ou au plus numéro 4, et *non avec un trocart* ; si l'aiguille a été enfoncée *obliquement* à la surface de la peau, et enfin si on a eu soin de *ne pas faire* de l'aspiration *pendant* qu'on retirait l'aiguille.

CHAPITRE VI

INCIDENTS CONSÉCUTIFS

En règle générale, nous l'avons dit, environ *huit ponctions et injections* pratiquées à *huit ou dix* jours d'intervalle et suivies d'une compression *bien faite*, suffisent pour mener à bonne fin le traitement d'un abcès froid.

Cependant, il ne faut pas se faire d'illusion ; ce n'est là qu'une *règle générale* qui comporte quelques exceptions ; et divers incidents peuvent venir dérouter parfois dans la conduite de ce traitement.

Nous ne parlerons guère des incidents ou accidents qui peuvent survenir du fait de l'*infection surajoutée* ; car celle-ci n'existera pas si l'on a pris tous les soins d'asepsie et d'antisepsie que nous avons indiqués soit pour la préparation des instruments et des liquides, soit pour le nettoyage de la peau du malade et des mains de l'opérateur.

Supposons néanmoins qu'une faute d'asepsie a été commise : *errare humanum est*. A l'agent bacillaire est venu s'ajouter un autre agent infectieux.

Bref on se trouve en présence d'un abcès froid qui est devenu ou qui tend à devenir abcès chaud.

Notons ici que les ponctions fréquentes exposent davantage à ce risque d'infection : d'autant mieux qu'elles peuvent provoquer chez le malade une fatigue qui forcément retentira d'une façon fâcheuse sur l'état général.

Hâtons-nous d'ailleurs d'ajouter que ce n'est pas toujours le chirurgien qui doit être rendu responsable de l'infection d'un abcès froid. Car un abcès froid peut s'infecter par voisinage ; c'est ainsi qu'un abcès de mal de Pott a pu être infecté par le colibacille venu de l'intestin, qu'un abcès ganglionnaire du cou a pu être infecté par des germes qui ont pénétré au niveau d'une plaie du cuir chevelu, ou au niveau d'une dent cariée.

Il peut y avoir des abcès froids infectés d'emblée.

Localement l'infection détermine de la tuméfaction ; l'abcès grossit, la peau devient rouge, chaude, luisante, douloureuse. En même temps la fièvre s'allume et l'état général s'altère.

L'on peut alors tenter de ponctionner et d'évacuer le pus à plusieurs reprises ; parfois cela suffit, la fièvre diminue et les symptômes s'amendent (observation IV). Mais il est des cas où, quoi qu'on fasse, la peau finit par s'ulcérer et l'abcès s'ouvre.

Quand, malgré les ponctions, le pus se reproduit rapidement, que la tuméfaction persiste, que la courbe thermique présente de grandes oscillations ou reste élevée, et que l'état général s'altère d'une façon

inquiétante, alors il faut savoir prendre son bistouri, faire au point le plus déclive une incision par laquelle sera introduit un petit drain. Ce drain sera retiré dès que la température sera redevenue normale.

C'est là *le seul cas*, heureusement rare, où il soit permis de faire usage du bistouri.

Mais, sans insister davantage sur les accidents infectieux, fréquents du temps de Bonnet, exceptionnels à l'heure actuelle, arrivons aux *incidents* que l'on *peut observer à la suite* des ponctions.

1° Après les ponctions, le liquide *se reproduit très rapidement* ; la poche se remplit, se distend ; et du fait de cette tension la peau s'amincit et se trouve menacée.

Cette reproduction rapide du liquide peut être due à plusieurs causes ; elle a été attribuée tantôt à l'action trop énergique du liquide modificateur injecté, tantôt à une virulence plus marquée du bacille.

Quelle est la conduite à tenir dans ce cas ?

Il ne faut pas attendre que la peau soit prête à céder, ne pas attendre que les délais réglementaires de *huit à dix* jours soient passés ; il faut diminuer la tension en ponctionnant plus souvent, tous les *deux* jours même ; cesser les injections et ne les recommencer que lorsque la peau est raffermie. Ou tout au moins si l'on injecte un peu de liquide, le retirer aussitôt.

Après chaque ponction, il est bon de faire en outre un peu de compression :

2° *Autre incident* : le liquide *se reproduit sans cesse*, même très longtemps après le début du traitement.

Cela peut être dû à ce que l'on a continué trop longtemps les injections modificatrices qui sont toujours un peu irritantes. Mais souvent la cause en est dans *le mauvais état général* du malade, dans *l'absence d'immobilisation* des articulations atteintes, s'il s'agit de tumeur blanche, de mal de Pott. Pour les abcès ganglionnaires de la région cervicale, il n'est pas rare de voir le pus se reproduire sans cesse, jusqu'à ce qu'ait été pratiquée *l'extraction* des dents cariées. Les abcès qui ont été le siège d'hémorragies venues des parois mêmes de la poche se tarissent aussi plus difficilement et plus tardivement.

Quelle que soit la cause de cette « éternisation » de l'abcès, la conduite à tenir est la même. Nous ferons des ponctions rares, aussi rares que possible, tout en surveillant bien l'état de la peau ; nous resterons dans l'expectative armée, nous tenant prêt à ponctionner dès que la peau nous paraîtra menacée.

Chaque fois que nous ferons une ponction, nous tâcherons de vider complètement la poche, sans évidemment faire saigner ; et nous ferons immédiatement après une compression bien solide.

Il va sans dire que nous nous efforcerons d'obvier à la cause de l'éternisation de l'abcès : obtenir l'immobilisation absolue des articulations, relever l'état général, etc.

OBSERVATIONS

Nous aurions pu donner plusieurs centaines d'observations personnelles prises par nous pendant nos années d'internat à Berck et qui démontreraient la supériorité de la méthode que nous avons décrite pour le traitement des tuberculoses externes mais... il faut savoir se borner et nous ne rapporterons ici que quelques faits cliniques.

OBSERVATION I

H. M... (Calais), garçon âgé de quatre ans. Adénite cervicale suppurée.

Venu à Berck le 13 mai dernier avec un abcès ganglionnaire de la région cervicale. La peau de la région extrêmement mince et tendue est, semble-t-il, sur le point d'éclater.

Ponction aussitôt après l'arrivée : 10 centimètres cubes de pus épais jaunâtre sont retirés. Injection de 5 centimètres cubes d'huile créosotée iodoformée qu'on retire par aspiration presque aussitôt. Pansement légèrement compressif. Le lendemain 14 nouvelle ponction sans injection.

15 mai. — Ponction. Pas d'injection.

16 mai. — Le pus ne s'est pas reproduit en aussi grande quantité. On injecte 11 gouttes d'huile iodoformée.

17 mai. — Ponction.

18 et 19 mai. — La peau présente un meilleur aspect, elle est moins rouge et peu tendue.

20 mai. — Ponction 7 à 8 centimètres cubes de pus. Injection d'huile iodoformée.

21 mai. — Ponction.

23 mai. — Ponction et injection.

24 mai. — Ponction.

26 mai. — Ponction et injection.

27 mai. — Ponction.

29 mai. — Ponction.

6 juin. — On retire encore 4 à 5 centimètres cubes de pus contenant quelques grumeaux. On fait une injection.

10 juin. — Pas de ponction, mais nouvelle injection.

14 juin. — L'abcès contient quelques gouttes de liquide. Pansement compressif pour accoler les parois.

OBSERVATION II

G..., Amiens. Abscès de mal de Pott.

Arrivé à Berck le 2 mai 1910 avec un gros abcès qui occupe toute la fosse iliaque droite et vient pointer à la partie supérieure du triangle de Scarpa où il forme un véritable mamelon au niveau duquel la peau est déjà amincie.

Première ponction le 2 mai amène 1 litre de pus.

Deuxième ponction le 4 mai, 1 litre de pus. Injection d'huile créosotée iodoformée, 10 centimètres cubes.

Troisième ponction le 19 mai seulement et on ne retire que 300 grammes environ de pus. Injection.

11 juin. — L'abcès n'est plus guère perceptible dans la fosse iliaque. En voie de résorption.

OBSERVATION III

D..., huit ans, Aube. Mal de Pott.

Arrivé à Berck au début du mois de mars. Le malade a un abcès dans chaque fosse iliaque.

Traités des deux côtés en même temps ces deux abcès étaient à peu près complètement résorbés au commencement de mai.

Six ponctions et cinq injections avaient été faites dans le cours des mois de mars et d'avril.

OBSERVATION IV

M. H..., Châlons, dix-neuf ans. Mal de Pott.

Venu à Berck le 8 mai 1908. Abcès énorme perceptible dans la région lombaire et dans la fosse iliaque droite. Psoïtis. Température habituelle jusqu'alors 38°5 à 39 degrés. Mauvais état général.

Une ponction pratiquée peu de jours auparavant (25 avril) à Châlons n'avait pas donné de résultat.

Première ponction à Berck le jour de l'arrivée. On retire environ 125 grammes de pus, mais la poche n'est pas vidée complètement pour éviter de provoquer une hémorragie par trop brusque décompression.

10 et 12 mai. — Nouvelles ponctions donnant chacune de 120 à 150 grammes de pus.

La température baisse à 38 degrés comme moyenne dans le courant de mai.

25 et 30 mai. — Ponctions, 200 à 250 grammes de pus. Injection d'huile créosotée.

10 au 15 juin. — Pas de ponctions, ni d'injections.

Puis deux ponctions à deux jours d'intervalle.

Plus de 1/2 litre de pus à chaque fois. Température baisse encore (37°5 à 38 degrés au maximum).

Les ponctions suivantes donnent des quantités de pus de moins en moins grandes jusqu'au 15 juillet. A ce moment l'abcès est tari. Plus de fièvre, amélioration notable de l'état général.

Actuellement le mal de Pott lui-même est complètement guéri.

OBSERVATION V

M. P... Enghien, dix-huit ans. Coxalgie.

Fin avril on trouve abcès dans la région fessière. Ponction. On retire 1/4 de litre de pus.

Le liquide se reforme rapidement après chaque ponction.

La peau devient tendue, rouge et s'altère au point de faire craindre une ouverture spontanée.

Pour éviter le traumatisme produit dans cette région par le décubitus dorsal on engage le malade à rester couché sur le ventre le plus longtemps possible. L'état de la peau s'améliore peu à peu. La quantité de pus diminue.

9 juin. — Une dernière ponction ne retire que 2 cmc. 1/2 de pus. Compression.

Il avait été fait dix ponctions et huit injections.

OBSERVATION VI

M^{lle} M..., Caen, vingt-cinq ans. Coxalgie ancienne datant de six ans. Apparition dans la région fessière d'un abcès arrondi entouré d'une coque épaisse et un peu mobile qui

paraît être un de ces abcès résiduaux qu'on observe à distance de l'articulation dans les coxalgies anciennes.

Huit ponctions suivies d'injections d'huile créosotée iodoformée, puis une neuvième ponction sans injection, ont suffi à faire disparaître cet abcès.

OBSERVATION VII

M. J..., Paris, vingt-huit ans. Tumeur blanche du genou.

Arrivé à Berck en février 1910 avec un genou globuleux. Le cul-de-sac quadricipital est très distendu par du pus.

Première ponction le 1^{er} mars. Injection d'huile créosotée iodoformée : puis ponction et injection tous les huit jours pendant le mois de mars.

3 et 20 avril. — Ponction sans injection. Compression énergique.

Actuellement le genou a repris son volume normal. Il n'y a plus de traces de fluctuation.

OBSERVATION VIII

M. A..., Cherbourg, vingt-huit ans. Coxalgie.

Atteint de coxalgie qui fut diagnostiquée en mai 1909. Arrive à Berck en septembre.

Il avait alors à la partie postéro-externe de la cuisse un gros abcès très saillant et s'étendant du sommet au grand trochanter jusqu'au tiers inférieur de la cuisse.

Première ponction le 15 septembre. On retire 300 grammes de pus jaunâtre franchement liquide.

Injection de 10 centimètres cubes d'huile créosotée et iodoformée.

En octobre et novembre on fait quatre ponctions et injections : la seconde ayant été pratiquée huit jours après la première et les autres à quinze jours d'intervalle.

La sixième ponction faite le 10 décembre ramène un mélange de sang et de pus. Compression énergique renouvelée tous les huit jours.

L'abcès était complètement guéri au commencement du mois de février.

OBSERVATION IX

M^{ne} H. C..., Yokohama, dix ans. Coxalgie.

Il y a deux ans à son arrivée à Berck cette malade avait une coxalgie très maligne compliquée d'un vaste abcès. Cet abcès occupait une partie de la fosse iliaque droite et s'étendait jusqu'au-dessus du genou. La peau au niveau de la fosse iliaque était soulevée faisant une saillie en forme de mamelon. Cette saillie augmentait par suite du reflux du contenu de la poche lorsqu'on comprimait celle-ci à la partie inférieure de la cuisse.

Huit injections et neuf ponctions, qui durèrent trois mois, suffirent à guérir l'abcès.

Actuellement la coxalgie est guérie.

OBSERVATION X

M. C..., de Londres.

Abcès épидidymaire du côté droit il y a cinq ans. Guérison obtenue en quatre mois par ponctions et injections.

Actuellement nouvelle épидidymite, mais du côté gauche.
En traitement.

Le côté droit reste guéri depuis quatre ans et demi.

OBSERVATION XI

M. F..., dix ans.

Abcès froid produit par une lésion bacillaire costale et situé dans la région droite.

Une première ponction amène 60 grammes de pus fluide. Injection de 10 centimètres cubes d'huile créosotée et iodoformée.

Trois autres ponctions à dix jours d'intervalle ont suffi à tarir l'abcès, dans l'espace de six semaines.

CONCLUSIONS

I. — Tout abcès tuberculeux doit être traité par des ponctions et des injections modificatrices. Ce traitement est très ancien, mais il n'a été bien mis au point que dans ces dernières années par mon maître M. Calot.

II. — Grâce à la technique nouvelle on peut arriver à la guérison toujours ou presque toujours (98 ou 99 fois sur 100 peut-être).

III. — Les ponctions et les injections doivent être faites avec une instrumentation bien appropriée : fine aiguille n° 3, petit aspirateur modèle Calot et seringue en verre (le tout facile à stériliser par ébullition).

IV. — Les liquides modificateurs proposés sont très nombreux. A tous nous préférons le naphтол camphré glyciné et l'huile créosotée iodoformée.

V. — La ponction doit être faite aseptiquement, en piquant à 2 doigts de la zone de l'abcès de manière à aborder celui-ci par un trajet oblique.

VI. — Un abcès froid demande pour guérir une moyenne de huit ponctions et injections faites à huit

ou dix jours d'intervalle et suivies d'une compression méthodique de la région.

VII. — Neuf fois sur dix la guérison se fait sans aucun incident. Et dans les cas où se produit un incident il est facile avec un peu de méthode d'en avoir raison. Nous avons dit comment.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu : le Président de la thèse,
ALBERT ROBIN

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Balencie.* — Du Traitement conservateur des Arthrites tuberculeuses du cou-de-pied. Paris, 1904.
- Bonnet.* — Traité des Maladies des Articulations. Lyon, 1845.
- Bouet.* — Traitement des Abscesses tuberculeux par le Naphtol camphré. Paris, 1895.
- Calot.* — L'Orthopédie indispensable, 4^e édition, 1910.
Travail du laboratoire du Professeur Robin. *Coyon, Fiessinger (N.), Laurence.* — Comment guérit un Abscess froid. Journal des Praticiens, 2 oct. 1909.
- Cresson.* — Contribution à l'étude de la Tumeur blanche chez l'Enfant. Paris, 1905.
- David.* — Contribution à l'étude du Traitement des Tuberculeuses externes par le Naphtol camphré. Paris, 1892.
- Dulac.* — Du Traitement des Tumeurs blanches par des Injections intra-articulaires. Paris, 1898.
- Fouchou.* — Les Abscesses qui « s'éternisent ». Journal des Praticiens, 1908.
- Lasserre.* — Du Traitement des Abscesses froids par les Injections de Naphtol. Paris, 1889.
- Laurence.* — Quelques Applications cliniques et thérapeutiques des Notions récentes sur la Protéase Leucocytaire dans les Suppurations. Paris, 1909.
- Loze.* — Du Traitement conservateur dans les Adénites cervicales. Paris, 1905.
- Marin.* — Traitement de certaines Affections tuberculeuses par le Naphtol camphré. Presse méd. belge. Bruxelles, 1901.
- Pouillot.* — Contribution à l'emploi du Naphtol camphré en Chirurgie. Paris, 1889.

Reboul. — Contribution à l'étude du Traitement de la tuberculose des os des articulations et des synoviales tendineuses par l'emploi des Antiseptiques et en particulier du Naphthol camphré. Paris, 1889.

Xech. — Traitement des Abscesses froids par l'Ether iodoformé et le Naphthol camphré. Toulouse, 1902.